

SCHEDA ANAGRAFICA

COGNOME _____ NOME _____

COMUNE DI NASCITA _____ PROVINCIA _____

DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ C.A.P. _____

VIA _____ PROVINCIA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

AMMINISTRAZIONE DI PROVENIENZA _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di avere diritto alle detrazioni per lavoro dipendente ed alle detrazioni per i familiari indicati nel seguente stato di famiglia :

STATO DI FAMIGLIA

(indicare tutti i componenti del nucleo familiare)

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RAPPORTO DI PARENTELA	*

* Percentuale di familiare fiscalmente a carico

Il/ La sottoscritto/a si impegna a comunicare eventuali variazioni in ordine a quanto sopra dichiarato con la massima tempestività.

Modalità di riscossione:

☒ Riscossione diretta presso l'Ente Tesoriere dell'Università degli Studi del Molise
(BANCA DI ROMA – Ag. n° 1500 – Via Palombo – Campobasso)

☒ Accredito c/c bancario/postale – codice IBAN:

IT					
Codice paese	Codice di controllo	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente

☒ Altra

Data _____

Firma _____